

3) 現在、飲んでいる薬はありますか？（外用薬・点眼薬も含める）

あり なし ※お薬手帳または説明用紙があれば確認させていただきます



〈ありの場合〉

血液をサラサラにする薬（ワーファリン・バイアスピリン・パナルジンなど）、
経口避妊薬はありますか？

あり [] なし

4) お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし あり []

5) 現在、タバコを吸っていますか？

喫煙したことがない 現在喫煙中：()本/日 ()年間

禁煙をした：()歳から禁煙 以前()本/日 ()年間喫煙

6) お酒は飲みますか？

飲まない

飲む ()日/週 種類 () 1日の量 ()合・ml

7) 夜はよく眠れますか？

はい いいえ

平均睡眠時間はどのくらいですか？ 約 ()時間程度

8) ご家族（血縁者）に、以下の病気の方がいらっしゃいますか？

いらっしゃる場合は、病名に○印を付け、()内に続柄を記入してください。

例：高血圧 (母)

高血圧 ()・心臓病 ()・糖尿病 ()・脳卒中 ()

脂質異常症（高脂血症）()・癌 ()・その他 ()

9) 現在、妊娠の可能性はありませんか？（放射線検査実施の確認のため）

妊娠中 ()週目 妊娠の可能性ある 授乳中 なし

10) もし仮にがんになったときには告知を希望しますか？

はい いいえ

11) 最後に食べ物や飲み物を摂取したのは何時ですか？

飲食した：[]を []時頃

飲食していない

12) 現在入院中、または入所中ですか？

はい（病院・施設名：) いいえ